

Coalición Contra el Cáncer del Condado de Rock

Instrucciones para la Solicitud de Asistencia

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

RCCC se reserva el derecho de actualizar los requisitos de solicitud y los límites de las subvenciones en cualquier momento. Solo se aceptará la versión más reciente de la solicitud: visite

<http://www.rockcountycancercoalition.org/how-do-i-get-help/>

Por favor, revise la solicitud detenidamente para evitar retrasos en su tramitación. Para preguntas, llame a RCCC al 608-754-2286 o envíe un correo electrónico a info@rockcountycancercoalition.org

Debe estar en tratamiento activo y residir en el Condado de Rock, WI para que su solicitud sea considerada.

TODAS LAS 5 PÁGINAS DEBEN SER COMPLETADAS E INCLUIDAS PARA SER CONSIDERADAS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

1. ____ Instrucciones de la Solicitud (**Página 1 de 5**)
2. ____ Solicitud de la Coalición Contra el Cáncer del Condado de Rock (**Página 2 de 5**)
3. ____ Autorización HIPAA para la Divulgación de Información de Salud (**Página 3 de 5**)
4. ____ Formulario de Verificación del Diagnóstico – Completar por Oncólogo (**MD, NP, PA**) (**Página 4 de 5**)
5. ____ Solicitud de Asistencia de la Coalición Contra el Cáncer del Condado de Rock (**Página 5 de 5**)
6. ____ Fotocopia de la licencia de conducir actual o identificación estatal (*prueba de residencia*)
7. ____ Fotocopias de Facturas/Gastos:
 - a. Incluya facturas de hasta tres (3) beneficiarios (a nombre de quien se hace el cheque)
 - b. Las facturas deben mostrar el número de cuenta
 - c. La dirección en la factura debe coincidir con la dirección en su licencia de conducir/ID

Se requiere la solicitud original y la documentación.

NO aceptamos copias enviadas por correo electrónico ni por fax.

Dirección para enviar por correo:

Rock County Cancer Coalition
PO Box 2092
Janesville, WI 53547

Entrega en persona:

One Parker Place
Suite 320
(deslizar bajo la puerta)

SOLO PARA USO OFICIAL

CASE #	DATE RECEIVED:	DATE PROCESSED:
DESCRIPTION OF SUPPORT	CHECK #	AMOUNT
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Solicitud de la Coalición contra el Cáncer del Condado de Rock

Esta sección es **obligatoria**.

Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

El nombre y número de teléfono de un contacto adicional que pueda actuar en su nombre en caso de que no podamos comunicarnos directamente con usted: _____

Oncólogo _____ Tipo de cáncer _____

Clínica/Hospital _____ Teléfono (_____) _____

¿Es esta la primera vez que solicita asistencia de RCCC? (Circule uno) SÍ / NO

¿Cómo se enteró de la Coalición contra el Cáncer del Condado de Rock? _____

Esta sección es **opcional**; sin embargo, su respuesta nos ayuda a servir mejor a nuestra comunidad, a calificar para subvenciones que respaldan nuestra misión y a continuar ofreciendo apoyo a los pacientes en el condado de Rock, WI.

➤ Raza: (circule una)

- a. Asiático
- b. Negro/Afroamericano
- c. Hispano/Latino
- d. Nativo Americano
- e. Blanco/Caucásico
- f. Otro: _____
- g. Prefiero no declarar

➤ Género: (circule uno)

- a. Femenino
- b. Masculino
- c. Transgénero
- d. No conforme
- e. Otro: _____
- f. Prefiero no declarar

Verificó que actualmente vivo en el Condado de Rock, WI a tiempo completo, que estoy en tratamiento activo contra el cáncer y que no he recibido asistencia financiera de RCCC en los últimos 12 meses.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

Por favor, continúe pagando sus facturas. RCCC no se hace responsable de ningún pago atrasado.

Autorización HIPAA

Para la Divulgación de Información de Salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

AUTORIZA LA DIVULGACIÓN A:

Rock County Cancer Coalition, Inc.
PO Box 2092
Janesville, WI 53547

AUTORIZA LA DIVULGACIÓN POR:

Proveedor Médico _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

Verificación del diagnóstico actual relacionado con cáncer o con el tratamiento relacionado con el cáncer.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Validar el diagnóstico para calificar para los servicios a través de Rock County Cancer Coalition, Inc.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la Información de Salud que se utilizará o divulgará – Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información de salud que he autorizado a ser utilizada o divulgada mediante este formulario de autorización. Derecho a recibir una copia de esta autorización – Entiendo que, si acepto firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, debo recibir una copia firmada del formulario. Derecho a negarse a firmar esta autorización – Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas arriba a quienes estoy autorizando para usar y/o divulgar mi información no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios de atención médica a mi decisión de firmar esta autorización. La consecuencia de no firmar el formulario de autorización sería que la información no será divulgada. Derecho a retirar esta autorización – Entiendo que es necesario notificar por escrito para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo retirar mi autorización o para recibir una copia de mi retiro, puedo contactar a la instalación que divulga la información. Soy consciente de que mi retiro no será efectivo respecto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas arriba ya hayan hecho en referencia a esta autorización. La instalación no condicionará el tratamiento a la firma de esta autorización. Entiendo que una vez que mi información de salud salga del control de la instalación, puede ser divulgada nuevamente por la parte receptora. Acepto que no responsabilizaré a la instalación por redistribuciones de la información de salud que he autorizado y que sean realizadas por el receptor mencionado en esta Autorización.

Esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de firma. Certifico que he tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL: _____ **Fecha:** _____

Si la firma no corresponde al paciente, indique la relación y la autoridad para hacerlo: _____

Formulario de Verificación de Diagnóstico Para completar por el Oncólogo (MD, NP, PA)

Nombre del solicitante: _____

Diagnóstico de cáncer con código ICD10 + Etapa: _____

Estado actual del tratamiento

- ☐ Tratamiento activo dirigido al cáncer
- ☐ Terapia de mantenimiento/a largo plazo (SUBVENCIÓN ÚNICA)
- ☐ Solo monitoreo/vigilancia (NO ELEGIBLE)
- ☐ Sin tratamiento actual (NO ELEGIBLE)

Tratamiento(s) que se están recibiendo actualmente (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Quimioterapia intravenosa
- ☐ Quimioterapia oral
- ☐ Inmunoterapia
- ☐ Terapia hormonal/endocrina
- ☐ Terapia dirigida
- ☐ Radioterapia
- ☐ Cirugía
- ☐ Ensayo clínico
- ☐ Otro: _____

Información sobre la cirugía (si corresponde)

Fecha de la cirugía: _____

Tiempo de recuperación previsto: _____

Este formulario puede ser completado por MD, NP o PA, pero DEBE ser firmado por el médico oncólogo.

Persona que completa este formulario: _____ Teléfono directo _____

Firma del proveedor de oncología _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del proveedor de oncología: _____

Nombre del hospital/clínica: _____

Número de teléfono directo de la oficina del proveedor: _____

Coalición contra el Cáncer del Condado de Rock

Solicitud de Asistencia

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor, lea atentamente la siguiente información para evitar cualquier retraso en el procesamiento.

Por favor, continúe pagando sus facturas. RCCC no se hace responsable de ningún pago atrasado.

Documentos requeridos

- Incluya una copia de cada factura o gasto presentado. Las facturas deben tener una antigüedad inferior a 90 días.
- No presente más de tres (3) facturas por solicitud.
- Cada factura debe incluir el número de cuenta completo. No se aceptará información parcial.
- La dirección que figura en la factura, la hipoteca o el contrato de arrendamiento debe coincidir con la dirección de su licencia de conducir o documento de identidad.

No aceptamos solicitudes para las siguientes facturas: facturas médicas, Charter, Spectrum, American Family Insurance y tarjetas de crédito.

Información de pago

- RCCC emite cheques pagaderos a la empresa y los envía por correo al solicitante. Los solicitantes son responsables de remitir los pagos a la empresa.
- Por favor, continúe realizando los pagos de sus facturas, ya que RCCC no puede garantizar los tiempos de procesamiento ni las fechas de pago.
- Puede solicitar un monto superior al saldo actualmente adeudado. La empresa podrá aplicar el saldo restante como crédito a su cuenta o reducir su capital.
- Redondee todas las solicitudes al múltiplo de \$5 más cercano.

Elegibilidad para la subvención

- El monto actual de la subvención es de \$1,000.
- Los solicitantes que reciben tratamiento activo dirigido contra el cáncer pueden calificar para una (1) subvención cada 12 meses.
- Los solicitantes que reciben terapia de mantenimiento o a largo plazo que no se considera tratamiento activo dirigido contra el cáncer pueden calificar para una subvención de asistencia única.
- La asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos. La presentación de una solicitud no garantiza su aprobación ni el pago.

#1 Nombre de empresa _____ Monto solicitado \$ _____

Tipo de asistencia: ☐ Alquiler / Hipoteca ☐ Servicios públicos ☐ Seguro ☐ Otra

#2 Nombre de empresa _____ Monto solicitado \$ _____

Tipo de asistencia: ☐ Alquiler / Hipoteca ☐ Servicios públicos ☐ Seguro ☐ Otra

#3 Nombre de empresa _____ Monto solicitado \$ _____

Tipo de asistencia: ☐ Alquiler / Hipoteca ☐ Servicios públicos ☐ Seguro ☐ Otra

Firma del solicitante _____ Fecha: _____



CANCER SUPPORT GROUP



HELD THE 2ND AND 4TH TUESDAY OF THE MONTH
6:00 pm - 7:00 pm
One Parker Place Suite 408

We are a cancer support group for anyone newly diagnosed, currently receiving treatment and survivors of cancer.

Our mission is to create an atmosphere to help each other along the cancer journey through giving and receiving of emotional support, sharing of knowledge and building a strong network of support and love through open discussion and activities.

FOR RCCC SUPPORT GROUP QUESTIONS:

Goli Ziolek - Executive Director for RCCC
RCCCSupportGroup@rockcountycancercoalition.org

RCCC follows the federal COVID-19 guidelines and you should protect yourself if you have weakened immune systems.

**TO LEARN ABOUT ROCK COUNTY CANCER COALITION
SCAN HERE AND GO DIRECT TO OUR HOME PAGE**
www.rockcountycancercoalition.org



FOLLOW US ON

